

Io/La Sottoscritto/a _____ Tel. _____
Documento di Identità tipo _____ N. _____ rilasciato il _____ da _____

consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 DPR 28/12/2000 n° 445, in caso di dichiarazione mendace, e informato delle finalità e delle modalità di trattamento dei dati richiesti ai sensi della normativa vigente.

RICHIEDE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA SOTTOINDICATA IN QUANTO

- ☐ Titolare della Documentazione. ☐ Unico erede del defunto titolare della documentazione,
☐ Coerede del defunto titolare della documentazione. ☐ Esercente la potestà genitoriale sul minore titolare della documentazione.
☐ Tutore/Curatore dell'interdetto, inabilitato o minore privo di genitori esercenti la potestà, titolari della documentazione.
☐ Altro (da specificare con allegata documentazione conforme alla normativa vigente).

DOCUMENTAZIONE CLINICA DEL SIG./SIG.RA _____ nato/a il _____

Data Ricovero _____ Reparto _____ data dimissione _____ n° cartella _____

Data Ricovero _____ Reparto _____ data dimissione _____ n° cartella _____

Tipologia richiesta

A. COPIA SEMPLICE:

☐ CARTELLA CLINICA - ☐ CARTELLA DI PRONTO SOCCORSO - (ai sensi della Sentenza Corte di Giustizia Europea del 26/10/2023 e ex ART.15, par. 3 REG. UE 2016/679 GDPR) - COPIA SEMPLICE NON AUTENTICATA, richiesta dati personali per verificare se le informazioni contenute nella documentazione richiesta sono esatte, complete e comprensibili - GRATUITO IL RILASCIO SOLO PER LA PRIMA COPIA

B. COPIA AUTENTICA:

☐ CARTELLA CLINICA - ☐ CARTELLA DI PRONTO SOCCORSO - AUTENTICATA per una finalità differente che non rientra nella precedente (ad esempio: finalità assicurativa, contenzioso, finalità di Medicina Legale, ecc.)

☐ CERTIFICATO DI RICOVERO ☐ ESAMI DIAGNOSTICI: ☐ TAC ☐ RADIOGRAFIE ☐ RMN ☐ ECOGRAFIE
☐ ALTRO _____

Data _____ Richiedente _____

MODALITA' DI RITIRO (per entrambe le tipologie di richiesta):

☐ Chiedo l'invio per mail con file protetto da password al seguente indirizzo: _____ a tal fine comunico il n. di cellulare su cui ricevere la password necessaria per aprire il file _____ ☐ accosento ☐ non accosento al trattamento dei miei dati personali, anche sanitari, relativamente a questa modalità digitale di consegna

☐ Chiedo l'invio per PEC al seguente indirizzo: _____ ☐ accosento ☐ non accosento al trattamento dei miei dati personali, anche sanitari, relativamente a questa modalità digitale di consegna

☐ Chiedo il ritiro presso lo sportello: (da specificare per le varie strutture _____)

☐ Chiedo l'invio per posta raccomandata A/R (con spese postali a carico del richiedente).

La documentazione dovrà essere inviata al seguente Indirizzo: Richiedente _____, Via _____ Città _____ Cap. _____ Nazionalità _____

In caso di delega, al momento del ritiro, dovrà essere esibito un documento valido di identità di chi ritira (delegato), insieme al documento di riconoscimento del delegante.

Il sottoscritto _____

Delega al ritiro il Sig. _____ sollevando l'Azienda USL Sud Est da qualsiasi responsabilità in merito .

Documento di Identità (tipo) _____ n° _____ rilasciato il _____ da _____

Data _____

Il Delegante (firma)

INFORMAZIONI AI SENSI DELL'ART. 13 Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR

I dati da lei forniti sono utilizzati, nel rispetto della normativa privacy, esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta e solo dagli operatori degli uffici competenti a ciò autorizzati. I dati sono trattati in forma cartacea e/o informatizzata e conservati, per il tempo necessario, con adeguate misure di sicurezza; non saranno in alcun modo diffusi e non saranno comunicati a terzi tranne quando previsto da norme di legge o di regolamento. L'Azienda può trasmetterle documentazione che la riguarda contenente dati relativi alla salute all'indirizzo PEC o di posta elettronica ordinaria da lei specificato; in tal caso la trasmissione avviene previo suo consenso e nel rispetto delle seguenti cautele:

- a) la documentazione viene spedita in forma di allegato al messaggio e non come testo compreso nel corpo del messaggio;
- b) se inviata mediante posta elettronica ordinaria, la documentazione è protetta con una password per l'apertura del file, che le viene comunicata separatamente.

In qualunque momento, inviando una richiesta al titolare o al Responsabile Protezione Dati dell'Azienda, i cui dati di contatto sono di seguito riportati, lei può far valere i diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del GDPR. Ricorrendone i presupposti, lei ha altresì il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, secondo le procedure previste.

Titolare del trattamento dei dati e' l'Azienda Usl Toscana sud est, con sede legale in via Calamandrei, 173, 52100, PEC ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

Responsabile per la protezione dei dati personali, tel.0575 254156, e-mail: privacy@uslsudest.toscana.it

L'informativa generale sul trattamento dei dati è rinvenibile e consultabile, in versione aggiornata, nel sito web istituzionale www.uslsudest.toscana.it alla sezione www.uslsudest.toscana.it/privacy/privacy-in-azienda/documentazione-aziendale-rpd

Dichiaro di avere ricevuto copia della Documentazione richiesta

Data.....

Il Richiedente o suo Delegato

(firma)

.....

TARIFE APPLICATE PER LA RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

- Non è previsto alcun pagamento per il rilascio della prima copia della cartella clinica se richiesta ai sensi della Sentenza Corte di Giustizia Europea del 26/10/2023 e ex ART.15 par.3 - REG.UE 2016/679 GDPR;

- Per ulteriori copie e per la richiesta di cartella autenticata è previsto il pagamento anticipato di un ticket secondo le seguenti tariffe:

- CARTELLA CLINICA:

- FINO A 15 PAGINE € 11.50
- DA 16 A 100 PAGINE € 16.50
- OLTRE 100 PAGINE € 31.50

All'atto della richiesta di copia conforme dovrà essere corrisposto l'importo di €. 16.50 (tariffa base, eccettuato i pochi casi fino a 15 pagine per cui sarà corrisposto l'importo di €. 11.50); l'eventuale differenza per copie superiori alle 100 pagine dovrà essere corrisposta all'atto della consegna.

Per la **CARTELLA CLINICA DI PRONTO SOCCORSO** (archiviata in originale e completa di referti ed esami, oppure ristampata in tutte le sue parti compresi gli allegati) si applicano le stesse tariffe e si procede come segue:

- All'atto della richiesta di copia conforme dovrà essere corrisposto l'importo di €. 11.50, l'eventuale differenza per copie superiori alle 15 pagine dovrà essere corrisposta all'atto della consegna.

Produzione **DOCUMENTAZIONE DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI** su supporto informatico € 15.00 per CD anche contenente esami relativi a più ricoveri o prestazioni ambulatoriali. Nel caso di esami relativi ad un singolo ricovero (o prestazione ambulatoriale) che richiedano più CD la tariffa rimane di € 15.00.

CERTIFICAZIONI VARIE, REFERTI, CERTIFICATI DI RICOVERO, RICEVUTE FISCALI da produrre ex novo su richiesta dell'utente: € 1.50 per diritto di ricerca + €. 1.50 a pagina + € 5.00 per copia autentica.

SPESE POSTALI PER INVIO DOCUMENTAZIONE se viene richiesto l'invio per posta Raccomandata con A/R € 7.00 per cartella clinica e € 4.50 per CD

CONTATTI

Archivio Cartelle Cliniche – III° piano – OSPEDALE DEL VALDARNO “ S. Maria alla Gruccia ”

P.zza del Volontariato, 2 – 52025 Montevarchi (Ar) Tel. 055/9106528

Orario apertura al pubblico : dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle 13.00

e-mail: cartellecliniche.valdarno@uslsudest.toscana.it pec: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

MODALITA' DI PAGAMENTO

- Presso Ufficio Cartelle Cliniche
- Presso gli sportelli e gli ATM del Monte dei Paschi di Siena
- Presso i Totem situati nelle varie strutture sanitarie
- Tramite circuito pagoPA

N.B. : Nel caso di mancato ritiro entro 60 giorni dalla richiesta, si provvederà alla sua distruzione senza alcun rimborso nei confronti dell'utente che non ha provveduto al ritiro della documentazione richiesta